Tweede Kamer der Staten-Generaal 2

Vergaderjaar 2015–2016

29 477 Geneesmiddelenbeleid

29 248 Invoering Diagnose Behandeling Combinaties (DBCs)

Nr. 370 **BRIEF VAN DE MINISTER VAN VOLKSGEZONDHEID, WELZIJN EN SPORT**

Aan de Voorzitter van de Tweede Kamer der Staten-Generaal

Den Haag, 5 april 2016

Op 20 november 2015 heb ik u het evaluatierapport «overheveling geneesmiddelen» aangeboden (Kamerstuk 29 477, nr. 352). In deze brief geef ik u mijn reactie op het rapport. Vorig jaar heeft SiRM (Strategies in Regulated Markets B. V.) met Schutjens-De Bruin in mijn opdracht onderzocht in welke mate de doelstellingen die bij de overhevelingen gesteld waren behaald zijn en of aan de randvoorwaarde dat de patiënt geen hinder mocht ondervinden is voldaan.

Samenvatting

SiRM heeft de doelstellingen die bij de overhevelingen zijn gesteld geëvalueerd en de resultaten daarvan zijn te lezen in het bijgevoegde rapport[1]. De overheveling was gericht op:
1. een verhoging van kwaliteit c.q. doelmatigheid van de totale behandeling;
2. het realiseren van lagere geneesmiddelprijzen;
3. het creëren van een eenduidige regeling van aanspraak op zorg met deze specialistische geneesmiddelen.

Een randvoorwaarde bij de overhevelingen is steeds geweest dat de patiënt geen hinder mag ondervinden van de overheveling.

Op basis van de resultaten concludeert SiRM dat de doelstelling lagere geneesmiddelenprijzen voor de overgehevelde geneesmiddelen grotendeels behaald is en dat de overige doelstellingen ten dele zijn behaald. Aan de randvoorwaarde dat de patiënt geen hinder mag ondervinden van de overheveling is niet geheel voldaan.

[1] Raadpleegbaar via www.tweedekamer.nl.

kst-29477-370
ISSN 0921 - 7371
’s-Gravenhage 2016

De resultaten en conclusies bevestigen mij in mijn standpunt om op dit moment geen verder geplande overhevelingen te gaan uitvoeren. Dit besluit ligt in lijn met mijn besluit ten aanzien van eerder uitgevoerde monitoring en evaluaties zoals aangekondigd in mijn brief van 15 mei 2014 (Kamerstuk 29 248, nr. 269). Inmiddels is er ter waarde van circa € 900 miljoen aan geneesmiddelen overgeheveld naar de aanspraak op geneeskundige zorg en is daarmee het merendeel van de middelen die in aanmerking komen of kwamen voor een overheveling overgeheveld. Indien de situatie zich in de toekomst voordoet waarbij het logisch zou zijn om geneesmiddelen over te hevelen, dan zal ik deze overheveling in overleg met partijen uitvoeren. Ik zal daarbij ook gehoor geven aan de aanbevelingen die SiRM doet in het rapport.

In deze brief ga ik allereerst in op de resultaten van de evaluatie, vervolgens geef ik een reactie op de bevindingen en tenslotte ga ik in op de aanbevelingen uit het rapport.

Inhoud evaluatie rapport

Overzicht overhevelingen

De afgelopen jaren is een aantal groepen geneesmiddelen bestemd voor de behandeling van ernstige aandoeningen, die uitsluitend door een medisch specialist worden voorgeschreven, maar wel vaak in de thuissituatie worden toegediend, overgeheveld. Deze maatregel heeft er toe geleid dat deze geneesmiddelen niet langer onderdeel zijn van de aanspraak «farmaceutische zorg» en dus niet meer in het GVS zijn opgenomen, maar als medisch-specialistische zorg uitsluitend onder de aanspraak «geneeskundige zorg» zijn komen te vallen. Per 1 januari 2012 is gestart met de overheveling van de TNF-alfaremmers. In 2013 zijn de (dure) oncolytica en groeihormoon overgeheveld, gevolgd door de fertiliteitshormonen in 2014. In 2015 is de overheveling van de oncolytica afgerond, door de laatste groep overgebleven, veelal oudere oncolytica over te hevelen.

Aanleiding evaluatie

De Stichting Eerlijke Geneesmiddelvoorziening heeft de gevolgen van de overheveling van de TNF-alfaremmers (2012) en de overheveling van oncolytica en groeihormoon in 2013 gemonitord. Het Nederlands Instituut voor onderzoek van de Gezondheidszorg (NIVEL), heeft de overheveling van de fertiliteitshormonen (2014) gemonitord. Daarnaast heeft Significant de medicatieoverdracht bij patiënten die overgehevelde medicatie gebruiken onderzocht. Naar aanleiding van de eerdere onderzoeken en de knelpunten die daarin benoemd werden heb ik in mijn brief van 15 mei 2014 laten weten een pas op de plaats te zullen maken wat betreft de verder voorgenomen overheveling van specialistische geneesmiddelen. Per 2015 zijn alleen nog de zogenaamde overige oncolytica overgeheveld om zo de in gang gezette overheveling van 2013 wat betreft de oncolytica af te maken, en zo alle oncolytica onder de aanspraak geneeskundige zorg te brengen.

Als randvoorwaarde bij de overhevelingen heb ik gesteld dat de patiënt geen hinder mag ondervinden van de overheveling en dat de patiëntveiligheid niet in het geding mag komen. Daarom heb ik besloten om alle overhevelingen die hebben plaats gevonden te laten evalueren en de ervaringen van patiënten, zorgverleners en zorgverzekeraars in kaart te brengen. Hiertoe heb ik SiRM en Schutjens-De Bruin opdracht gegeven. Daarnaast heb ik naar aanleiding van de overhevelingen en op verzoek

van betrokken partijen[2] de kwaliteit van zorg in kaart laten brengen. Tevens is door het NIVEL een nulmeting uitgevoerd naar de kwaliteit van zorg op het moment voor de overheveling van de overige oncolytica op 1 januari 2015. Dit rapport heb ik u eerder dit jaar doen toekomen (brief 17 september 2015).

Doelstelling 1: Verhoogde doelmatigheid en kwaliteit

De overheveling heeft bijgedragen aan de realisatie van een doelmatige inzet van geneesmiddelen (TNF-alfaremmers). Ook heeft de overheveling voor bepaalde groepen geneesmiddelen geleid tot minder verspilling. Uit analyses blijkt dat resultaten van start/stop- en doseringsstudies gelijke of verbeterde resultaten van de behandeling laten zien bij een verminderde dosering van TNF-alfaremmers. Uit de eerste resultaten van een landelijke start-stop studie blijkt zelfs dat een deel van de patiënten met reumatoïde artritis, weliswaar onder strikte, gecontroleerde omstandigheden, de behandeling veilig kan afbouwen of er zelfs mee kan stoppen.
Dit zijn hele mooie resultaten. Uit het rapport blijkt dat de kwaliteit en doelmatigheid van de zorg na de overheveling niet meteen gestegen is, maar dat dit geleidelijk is gebeurd. Het is ook niet te verwachten dat een verhoogde doelmatigheid bij dergelijke ingrijpende maatregelen meteen te realiseren is. Het is daarom mooi om te zien dat partijen hun rol gepakt hebben en dat er door de jaren heen een leercurve te zien is en dat problemen gesignaleerd en aangepakt worden.

Doelstelling 2: Lagere geneesmiddelprijzen

De doelstelling wat betreft het realiseren van lagere geneesmiddelprijzen is grotendeels behaald, met name voor de TNF-alfaremmers, fertiliteits-hormonen en groeihormoon. Uit het onderzoek blijkt dat ongeveer 80% van de respondenten (die ook daadwerkelijk zeggen zicht te hebben op de prijzen), aangeven dat de overheveling heeft geleid tot enigszins of aanzienlijk lagere werkelijk betaalde prijzen voor TNF-alfaremmers, fertiliteitshormonen en groeihormoon. Voor de oncolytica is dit percentage lager en geeft ruim 30% aan dat de prijzen na de overheveling lager zijn. De redenen voor de lagere prijzen zijn onder andere een gezamenlijke inkoop met andere ziekenhuizen en een actieve deelname van de voorschrijvend arts aan het inkoopproces.

Doelstelling 3: Eenduidige aanspraak

SiRM komt tot de conclusie dat de overheveling heeft geleid tot meer eenduidigheid voor de behandelaar over welke aanspraak en welke bekostigingssystematiek geldt.
SiRM geeft in het rapport echter ook aan dat het na de overheveling in theorie minder duidelijk is op welke middelen precies aanspraak is. Dit gevolg is inherent aan een systeem van een «open aanspraak». De aanspraak «geneeskundige zorg» werkt namelijk niet met een limitatieve lijst van geneesmiddelen zoals die onder de aanspraak «farmaceutische zorg» wel bestaat. Uit de praktijk blijkt dat er zich ten gevolge van de overheveling nauwelijks problemen hebben voorgedaan rondom de eenduidigheid van de aanspraak en bekostiging. Wel blijkt het soms onduidelijk te zijn waar de toedienings/handelingskosten voor overgehevelde geneesmiddelen gedeclareerd kunnen worden en is er onduidelijkheid rondom de declaratie van hulpmiddelen die gebruikt worden bij de overgehevelde geneesmiddelen.

---

[2] Het verzoek om de kwaliteit van zorg in kaart te brengen kwam van patiëntenorganisaties, de patiëntenkoepel Levenmetkanker, de ASKA, KNMP, Napco, NVZ, NFU, NVZA en NVPF.

Randvoorwaarde: Gevolgen voor de patiënt

Een belangrijke randvoorwaarde bij de overhevelingen was dat de patiënt geen hinder zou mogen ondervinden van de overhevelingen. SiRM heeft de gevolgen voor de patiënt in kaart gebracht door te kijken naar de impact van de overheveling op de kwaliteit (resultaat van de behandeling, patiëntveiligheid en patiëntgerichtheid) en de toegankelijkheid (gemeten als inzetbaarheid). SiRM concludeert dat aan bovengenoemde randvoorwaarde niet geheel is voldaan. Omdat de overhevelingen niet op zich zelf staan en samenhangen met andere ontwikkelingen in het zorgveld, is het lastig om te bepalen waar de resultaten aan toe te schrijven zijn.

Kwaliteit: Resultaat van de behandeling, patiëntveiligheid en patiëntgerichtheid

Voor alle geneesmiddelgroepen geeft het grootste gedeelte van de voorschrijvers aan dat het resultaat van de behandeling niet is veranderd door de overheveling. Een klein deel (4% tot 8%) van de voorschrijvers geeft aan dat er sterke aanwijzingen zijn dat het resultaat van de behandeling verslechterd zou kunnen zijn. Als reden hiervoor geven zij aan dat er minder keuzemogelijkheden zijn voor geneesmiddelen, of dat patiënten niet of later worden gestart op deze geneesmiddelen.

Wat betreft de patiëntgerichtheid ervaren sommige patiënten lange reis- en wachttijden en korte openingstijden van sommige poliklinische apotheken na de overheveling. Uit het onderzoek is gebleken dat na de overheveling de patiëntgerichtheid per ziekenhuis sterk kan variëren. Er zijn ziekenhuizen waarbij de patiëntgerichtheid goed geregeld is, waar patiënten te maken hebben met acceptabele wachttijden, waar medicijnen beschikbaar zijn of waar naar passende oplossingen wordt gezocht. Echter, in sommige ziekenhuizen is de terhandstelling van geneesmiddelen niet goed geregeld. De mate waarin ziekenhuizen hebben geïnvesteerd in de terhandstelling van overgehevelde geneesmiddelen verschilt.

Voorschrijvers van oncolytica geven aan dat de overheveling van de oncolytica een positief effect heeft gehad op de patiëntveiligheid. Op de vragen over patiëntveiligheid en patiëntgerichtheid wordt verschillend geantwoord door openbaar apothekers, ziekenhuis- en poliklinisch apothekers en voorschrijvers. Zo geven ziekenhuis- en poliklinisch apothekers aan dat zij een verbetering zien door de overheveling, dit is te verklaren doordat het medicatiedossier in het ziekenhuis na de overheveling meer informatie bevat. Ook geven zij aan dat de patiëntveiligheid is vergroot door een betere samenwerking met de voorschrijver. Openbaar apothekers geven juist aan de patiëntveiligheid als een punt van zorg te ervaren door de verslechtering van medicatiebewaking, omdat een volledig actueel medicatieoverzicht ben hen soms ontbreekt. Zij zijn kritisch over de medicatieoverdracht tussen ziekenhuis- en openbare apotheek.

Inzetbaarheid

In het rapport wordt uiteengezet dat er zowel bij patiëntenorganisaties als voorschrijvers zorgen zijn over de inzetbaarheid (toegankelijkheid) van overgehevelde geneesmiddelen. Voor TNF-alfaremmers bestaan er grote verschillen tussen specialismen en geven vooral dermatologen, en in mindere mate MDL-artsen aan dat de inzetbaarheid van TNF-alfaremmers is afgenomen na de overheveling. Reumatologen zijn hier minder bezorgd over. Dit heeft er waarschijnlijk mee te maken dat reumatologen in ziekenhuizen veelal het voorschrijfbeleid bepalen voor TNF-alfaremmers. Ten tijde van de overheveling is er ook minder betrokkenheid geweest van

de andere specialismen. Voorschrijvers van oncolytica geven ook aan dat de inzetbaarheid van oncolytica is afgenomen. De belangrijkste reden die voorschrijvers van TNF-alfaremmers en oncolytica noemen voor deze afgenomen inzetbaarheid is dat er onvoldoende budget in het ziekenhuis is door budgetplafond afspraken met zorgverzekeraars. Dit signaal is in lijn met de eerdere signalen die ik afgelopen jaar kreeg dat de betaalbaarheid en toegankelijkheid van dure geneesmiddelen onder druk staat. Daarom heb ik het KWF en de NZa hier onderzoek naar laten doen. De uitkomsten van deze onderzoeken hebben ertoe geleid dat ik met de partijen van het bestuurlijk akkoord medische specialistische zorg afspraken heb gemaakt over een integraal pakket van maatregelen om de betaalbaarheid en toegankelijkheid van dure geneesmiddelen te borgen. Ook voorschrijvers van fertiliteitshormonen geven aan dat de inzetbaarheid is afgenomen. De reden die zij hiervoor het vaakst noemen is dat er voor bepaalde middelen geen contract met de fabrikant is afgesloten. Voor groeihormoon is dit signaal minder groot, omdat een landelijke commissie beoordeelt of een kind in aanmerking komt voor de behandeling met groeihormoon. Dit is door de overheveling niet veranderd.

Hoe beoordeel ik de bevindingen uit het evaluatieonderzoek?

Tijd nodig

Ik ben blij dat er nu een grondige evaluatie is uitgevoerd. Ik zie dat ziekenhuizen tijd nodig hebben om een goede uitvoering te geven aan de overhevelingen. Omdat de overhevelingen niet op zichzelf staan en samenhangen met andere veranderingen in het zorgveld, is het lastig om bepaalde resultaten volledig toe te schrijven aan de overheveling of aan andere veranderingen in de zorg. SiRM concludeert dit ook. Ik ben van mening dat ondanks het feit dat het lastig bleek om op objectieve basis de gevolgen van de overheveling te evalueren, er een helder evaluatierapport voorligt en de resultaten een goed beeld geven van wat de impact is geweest van de overheveling van specialistische middelen voor ziekenhuizen en patiënten.

Zoals gezegd heeft de overheveling geleid tot meer eenduidigheid voor de behandelaar over welke aanspraak en welke bekostigingssystematiek geldt en heeft de overheveling bijgedragen aan een betere patiëntveiligheid rondom de oncologiezorg en een betere samenwerking in de keten door zorgverleners rondom de behandeling van een specifiek indicatiegebied. De overheveling heeft bijgedragen aan de realisatie van een doelmatige inzet van geneesmiddelen (TNF-alfaremmers). Ook het ontstaan van prijscompetitie is behaald en voor de meeste geneesmiddelgroepen zijn de prijzen gedaald. Aan de gestelde randvoorwaarde dat de patiënt geen hinder mocht ondervinden is echter niet geheel voldaan.

Goede ontwikkeling – budgetverantwoordelijkheid ligt bij ziekenhuis

Ik vind het een goede ontwikkeling dat de voorschrijver betrokken wordt bij het inkoopproces. Veel ziekenhuizen blijken voor de inkoop van overgehevelde geneesmiddelen, samen met voorschrijvers formularia te hebben ontwikkeld. Voor de overheveling hadden zowel openbaar apothekers als zorgverzekeraars nauwelijks instrumenten om lagere prijzen te realiseren, omdat partijen geen sturingsmogelijkheden hadden om volumes te beïnvloeden. Na de overheveling zijn de prikkels goed gelegd doordat de budgetverantwoordelijkheid bij het ziekenhuis is komen te liggen, de plek waar de middelen ook daadwerkelijk worden voorgeschreven. Ik vind dit een goede ontwikkeling en dit is ook een doel dat ik voor ogen had bij de start van de overheveling. Ik zie nog wel knelpunten in de verdeling van budgetten binnen het ziekenhuis. Dit

houdt verband met de wijze waarop het bestaande bekostigingssysteem in ziekenhuizen wordt toegepast en met afspraken die daarover tussen zorgverzekeraars en ziekenhuizen en binnen ziekenhuizen zelf worden gemaakt. In het integrale pakket van maatregelen dat ik met de partijen van het bestuurlijk overleg medisch specialistische zorg heb afgesproken wordt hier ook aandacht voor gevraagd. De voortgang en uitvoering van het integrale pakket aan maatregelen wordt bewaakt via het bestuurlijk overleg medisch specialistische zorg.

Inzetbaarheid is aandachtspunt

Deelnemers aan het onderzoek geven aan dat de lagere inzetbaarheid waarschijnlijk te wijten is aan de financiële beperkingen door het macrobudgettair kader en de bezuinigingsmaatregelen voor fertiliteitshormonen. Het is goed om hierbij op te merken dat er ook zonder overheveling een discussie zou zijn ontstaan over de betaalbaarheid van dure geneesmiddelen. De discussies vinden op dit moment vooral plaats binnen individuele ziekenhuizen of tussen individuele zorgverzekeraars en individuele ziekenhuizen. De NZa en KWF hebben in hun rapporten van afgelopen jaar aandacht gevraagd voor de betaalbaarheid en toegankelijkheid van dure geneesmiddelen. Zoals eerder vermeld, heb ik afgelopen zomer het initiatief genomen om samen met betrokkenen uit het bestuurlijk overleg medisch specialistische zorg te komen tot bestuurlijke afspraken om de betaalbaarheid en toegankelijkheid van dure geneesmiddelen ook voor de lange termijn beter te borgen. Dit pakket aan maatregelen heb ik u op 29 januari 2016 toegezonden samen met mijn visie op geneesmiddelen.

Patiëntveiligheid vergt extra inspanning

Ik vind het een zorgelijk signaal dat uit het rapport blijkt dat de medicatieoverdracht tussen de verschillende apothekers niet op gewenst niveau is. Dit kan gevolgen hebben voor de patiëntveiligheid. Betrokken partijen zijn het er allemaal over eens dat vanuit het kader van patiëntveiligheid en verantwoorde zorg het van groot belang is dat zorgverleners beschikken over een actueel medicatieoverzicht van de patiënt. Op dit moment wordt de richtlijn «Overdracht van medicatiegegevens in de keten» door partijen herzien. Ik verwacht dat de richtlijn in het voorjaar van 2016 zal zijn herzien. Daarnaast wordt door partijen gewerkt aan het verbeteren van het elektronisch uitwisselen van gegevens, waar een «standaardtaal» voor het uitwisselen van gegevens een belangrijke rol in speelt.

Patiëntgerichtheid: serviceniveau verbeteren door te leren van goede voorbeelden

Wat betreft de patiëntgerichtheid ervaren sommige patiënten lange reis- en wachttijden en korte openingstijden van sommige poliklinische apotheken na de overheveling. Enerzijds is dit een neveneffect van de concentratie van zorg; wetenschappelijke verenigingen stellen in toenemende mate minimum kwaliteitsnormen op voor de behandeling van complexe aandoeningen. Zorgverzekeraars laten deze kwaliteitsnormen vaak leidend zijn bij de zorginkoop en sluiten in dat geval geen contracten meer af met zorginstellingen die niet voldoen aan deze kwaliteitsnormen. Dit is een goede ontwikkeling, omdat het kan leiden tot een hogere kwaliteit van zorg. Anderzijds is deze verminderde patiëntgerichtheid te verklaren door een verandering in de terhandstelling van de geneesmiddelen, waarbij er met de overheveling een verandering van «service-gerichte zorg» naar een «nuchtere zorg» heeft plaatsgevonden. Voor de overheveling kregen grote groepen patiënten hun geneesmiddelen namelijk geleverd via unieke leveranciers, die inkoopvoordelen

realiseerden en in natura aan de patiënt ten goede brachten, bijvoorbeeld in de vorm van gekoelde thuisdistributie en eventuele thuistoediening. Er waren echter geen prikkels om deze gerealiseerde inkoopkortingen in natura door te vertalen naar lagere declaraties richting de zorgverzekeraar. Het is dan ook goed om op te merken dat deze service geen verzekerde zorg was, ook voor de overheveling niet, maar een service die de leverancier van het product aan de patiënt leverden.

Daarnaast vind ik het belangrijk dat de patiëntgerichtheid goed geregeld wordt op die plekken waar het nu niet goed is en ik wil ziekenhuizen dan ook oproepen om te kijken naar goede voorbeelden uit de praktijk, zodat onacceptabele reistijden en te lange wachttijden aan de balie verleden tijd zijn.

Toediening/handelingskosten zitten in het ziekenhuiskader

Uit het rapport blijkt dat er soms onduidelijkheid is over de declaratie van bijvoorbeeld toedienings/handelingskosten voor overgehevelde geneesmiddelen. Bij de overheveling van geneesmiddelen naar de geneeskundige zorg zijn niet alleen de financiële middelen wat betreft de geneesmiddelkosten overgeheveld, maar is er ook daadwerkelijk geld naar het ziekenhuiskader overgegaan voor de bekostiging van de handelingskosten. De handelingskosten voor overgehevelde middelen worden bekostigd uit de DBC-tarieven. Dit zijn voor het overgrote deel vrije prijzen, wat betekent dat zorgaanbieders en zorgverzekeraars moeten onderhandelen over de hoogte van de tarieven. In veel gevallen worden echter budgetafspraken gemaakt, waarin de handelingskosten verwerkt zitten. De handelingskosten zijn dus als zodanig niet geoormerkt, waardoor bij sommige ziekenhuizen en ziekenhuisapothekers de indruk ontstaan is dat er geen geld overgeheveld is om de toediening en handelingskosten bij overgehevelde middelen te bekostigen. Het is aan partijen om afspraken te maken die de netto kosten van het ziekenhuis dekken.

Hulpmiddelen: declaratieproblemen per 2016 opgelost

Bij de overhevelingen in 2013 en 2014 zijn niet alle betreffende hulpmiddelen op de juiste wijze verwerkt in de tarieven van de DBC-zorgproducten. Daardoor is er onduidelijkheid ontstaan rondom de declaratie van hulpmiddelen die gebruikt worden bij de overgehevelde geneesmiddelen. Dit betrof de injectiekoppen bij somatropine en de infusiepomp voor gonadoreline. Om dit te herstellen heeft de NZa in 2014 en 2015 tijdelijke declaratietitels (overige zorgproducten) vastgesteld voor de «injectiekoppen bij somatropine» en de «infusiepomp voor gonadoreline». Uit het evaluatierapport blijkt echter dat veel ziekenhuizen niet op de hoogte zijn van het bestaan van deze declaratietitels. De NZa heeft vanaf 2016 de kosten voor deze hulpmiddelen verwerkt in de DBC-tarieven, waardoor eventuele problemen rondom de declaratie van deze hulpmiddelen vanaf dat moment verholpen zijn. De tijdelijke declaratietitels voor deze hulpmiddelen zijn per 1 januari 2016 weer verwijderd.

Aanbevelingen

SiRM doet in het rapport een aantal aanbevelingen waarop ik hieronder nader zal in gaan.

Voorbereiding en evaluatie overhevelingen

De overhevelingen die tot nu toe zijn uitgevoerd zijn voorbereid door een landelijk werkgroep. Deelnemers aan deze werkgroep waren: de Neder-

landse Patiënten Consumenten Federatie (NPCF), de patiëntenkoepel Levenmetkanker, de Nederlandse Vereniging van Ziekenhuizen (NVZ), Nederlandse Federatie van Universitair medische Centra (NFU), de Nederlandse Vereniging van Ziekenhuisapothekers (NVZA), de Nederlandse Vereniging voor Poliklinische Farmacie (NVPF), de Associatie van Ketenapotheken (ASKA), de Koninklijke Nederlandse Maatschappij ter bevordering der Pharmacie (KNMP), De Nederlandse Apothekers Coöperatie (Napco), de apotheekhoudende afdeling van de Landelijke Huisartsenvereniging (LHV), Zorgverzekeraars Nederland (ZN), Stichting Eerlijke Geneesmiddelenvoorziening (EGV), stichting Hemato-Oncologie voor Volwassenen Nederland (HOVON), De Nederlandse Vereniging voor Medische Oncologie (NVMO) en de Nederlandse vereniging voor Reumatologie (NVR). Daarnaast is er overleg geweest met kinderartsen, andere patiënt/ beroepsorganisaties en waar nodig, de Nederlandse Zorgautoriteit (NZa).
Ondanks de waardevolle inbreng van al deze partijen heeft het toch nog kunnen gebeuren dat bijvoorbeeld bij de overheveling van de TNF-alfaremmers de dermatologen en de MDL-artsen niet betrokken zijn geweest in de voorbereiding. Het is dan ook een aandachtspunt om een eventuele volgende overheveling zorgvuldig voor te bereiden met alle relevante partijen. Ik denk hierbij aan een werkgroep samengesteld met mensen die ervaring hebben met voorgaande overhevelingen en partijen die een belangrijke rol spelen bij de nieuwe groep over te hevelen middelen. Ik wil hierbij ook gehoor geven aan de aanbevelingen die SiRM doet in het rapport en voorafgaand aan een eventuele volgende overheveling een toetsingskader opstellen om te bepalen welke geneesmiddelen in aanmerking komen voor overheveling. Het is van belang dat er voorwaarden benoemd worden voor het slagen van een overheveling. Daarnaast moet er voor partijen voldoende tijd zijn om de veranderingen door te voeren.

Bijsturing onderdelen huidige overheveling

Uit het evaluatierapport komt naar voren dat de huidige overhevelingen op onderdelen mogelijk bijsturing behoeft. De overheveling van groeihormoon is daarvan een voorbeeld. De bij de overheveling geformuleerde doelstellingen en randvoorwaarde zijn voor groeihormoon niet voldoende behaald. Bovendien gaat het hier om een kwetsbare groep patiënten (kinderen). Patiënten geven aan omgezet te worden op een andere variant van groeihormoon, die weliswaar even effectief is, maar met een minder gebruiksvriendelijk hulpmiddel toegediend wordt. Behandelaren geven aan dat daarmee de therapietrouw in het geding komt en dat het mogelijk tot een verslechtering van het behandelresultaat leidt. Daarnaast zijn reistijden in veel gevallen fors toegenomen en worden extra consulten afgenomen met artsen. Dit is voor mij de reden om het komend jaar met partijen in overleg te gaan om naar oplossingen te zoeken. Op basis daarvan zal ik kijken hoe de ervaren nadelen zoveel mogelijk kunnen worden weggenomen binnen de huidige vormgeving of dat het beter is om het groeihormoon terug te plaatsen in het GVS. Ik zal uw Kamer voor het einde van het jaar over de uitkomsten informeren.

Ook zie ik dat de administratieve lasten en handelingskosten op onderdelen onevenredig groot zijn. Met het overhevelen van de zogenaamde overige oncolytica in 2015 zijn door de Nederlandse Zorgautoriteit (NZa) voor deze middelen een add-on declaratietitel aangemaakt. Een van de redenen daarvoor was om in kaart te kunnen brengen hoe vaak deze middelen voorgeschreven en gedeclareerd zouden worden. Uit de evaluatie blijkt dat deze add-on decalaratietitels tot onnodig hoge uitvoeringslasten leiden. Doorgaans wordt de add-on declaratietitel aangemaakt als opname van het geneesmiddel in het DBC-zorgproduct

leidt tot een kosteninhomogeniteit van het DBC-zorgproduct. In het geval van de overige oncolytica is hiervan geen sprake. Een zorgverlener kan samen met een zorgverzekeraar een tweezijdig verzoek indienen bij de NZa om de add-ons voor deze overige oncolytica te laten verwijderen.

Toekomstige overhevelingen

Het blijkt dat een ingrijpende verandering zoals een overheveling van een complete groep specialistische geneesmiddelen tijd nodig heeft om volledig ingebed te worden in de bestaande systemen en processen in het ziekenhuis. De effecten hiervan zijn het best te beschrijven naar aanleiding van de overheveling van de TNF-alfaremmers in 2012. Zo geven patiëntenorganisaties voor het gebruik van TNF-alfaremmers aan dat vooral kort na de overheveling patiënten hinder hebben ondervonden, maar dat de patiëntgerichtheid de laatste jaren steeds verder verbeterd is. Bij de overheveling van de overige oncolytica in 2015 hebben zich nauwelijks problemen voorgedaan. Ik vind het belangrijk dat het veld de tijd krijgt om gevolgen van de overheveling in te laten bedden in de praktijk.

Vanaf 1 januari 2012 is het beleid ingezet om bepaalde groepen medisch specialistische middelen uit de aanspraak op Farmaceutische Zorg te halen en over te hevelen naar de aanspraak op Geneeskundige Zorg. Inmiddels is er ter waarde van circa € 900 miljoen aan geneesmiddelen overgeheveld naar de aanspraak op geneeskundige zorg. Het merendeel van de geneesmiddelen die in aanmerking komen of kwamen voor overheveling, de groepen waarbij de grootste doelmatig- en kwaliteitswinst behaald kon worden, zijn nu overgeheveld. Nieuwe geneesmiddelen die behoren tot de groepen overgehevelde geneesmiddelen en niet onderling vervangbaar zijn met al bestaande middelen in het GVS, komen niet meer in aanmerking voor opname in het GVS. Wel kunnen ze instromen in de aanspraak op geneeskundige zorg, mits ze voldoen aan de daarvoor geldende criteria.

Mede op basis van de evaluatie heb ik besloten op dit moment geen verder geplande overhevelingen te gaan uitvoeren. Indien de situatie zich in de toekomst voordoet waarbij het logisch zou zijn om geneesmiddelen over te hevelen, dan zal ik deze overheveling in overleg met partijen uitvoeren.

Ik zal daarbij ook gehoor geven aan de aanbevelingen die SiRM doet in het rapport door voorafgaand aan de overheveling gezamenlijk met alle relevante partijen de overheveling zorgvuldig voor te bereiden, doelstellingen helder te definiëren en een nulmeting uit te voeren, die het mogelijk moet maken om de overheveling achteraf goed te evalueren.

Hoogachtend,

De Minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport,
E.I. Schippers